

ХАРКІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

СИТНИК ОЛЕКСАНДР ЛЕОНІДОВИЧ

УДК: 616-089.15:616.334:616.381-002

ВИБІР ІНДИВІДУАЛЬНОГО МЕТОДУ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПЕРФОРАТИВНУ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНУ ВИРАЗКУ, УСКЛАДНЕНУ ПЕРИТОНІТОМ

14.01.03 - хірургія

АВТОРЕФЕРАТ
дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Харків - 2003

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана в Сумському державному університеті міністерства освіти і науки України.

Науковий керівник:
медичних наук, професор

доктор

**Кононенко Микола
Григорович**
завідувач кафедри госпітальної

та факультетської хірургії

Сумського державного університету
Міністерства освіти і науки України.

Офіційні опоненти:

Доктор медичних наук, професор **Дуденко Володимир Григорович** –
професор кафедри факультетської хірургії Харківського державного
медичного університету МОЗ України.

Доктор медичних наук, професор **Белов Сергій Григорович** –
професор кафедри хірургії з курсом проктології Харківської медичної
академії післядипломної освіти МОЗ України.

Провідна установа:

Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика МОЗ
України, кафедра хірургії.

Захист дисертації відбудеться 27 березня 2003 р. о 13 годині
на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 64.600. 02 при Харківському
державному медичному університеті МОЗ України за адресою:
61022, м.Харків, проспект Леніна, 4; тел. 40-26-27.

З дисертацією можна ознайомитися в бібліотеці Харківського
державного медичного університету МОЗ України (61022, м.Харків, проспект
Леніна, 4).

Автореферат розісланий 26 лютого 2003 р.

Вчений секретар

спеціалізованої вченої ради,
кандидат
Ягнюк А.І.

медичних

наук

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК) належить до найбільш розповсюджених захворювань травного каналу: її діагностують майже у 10% населення Європи та у 15% населення Америки (Henderson M., 1997). Частота хірургічних втручань з приводу неускладненої виразки знижується завдяки широкому клінічному застосуванню патогенетичної консервативної терапії. В той самий час збільшується кількість пацієнтів з ускладненнями виразкової хвороби, які потребують оперативного лікування (Жученко О.П., 2001; Петров В.П., 2001). Саме хірургічне лікування ускладнень виразкової хвороби залишається однією з найскладніших і до кінця не вивчених проблем абдомінальної хірургії (Братусь В.Д., 2001; Ohmann C., et. al., 2000; Conrad S.A., 2002).

У хворих на перфоративну виразку віддають перевагу органозберігаючим втручанням, які поєднують вирізання виразкового субстрату з одним із способів ваготомії, переважно селективною проксимальною ваготомією (Кузін М.І., 2001; Лупальцов В.І., 2002). Але в останні роки у зв'язку з розвитком лапароскопічної техніки, розробкою високоефективних противиразкових препаратів дискутується доцільність операції зашивання перфоративної виразки (Кригер А.Г. та співавт., 1999; Короткий В.М., та співавт., 2001; Тутченко М.І. та співавт., 2002).

Щоб обрати методику операції при перфоративній гастродуоденальній виразці, необхідна індивідуальна оцінка стану хворого (Хаджієв О.Ч. та співавт., 2001). Об'єктивним критерієм вибору оптимального способу операції є прогностичні фактори летальності (Kumar P.S. et. al., 1995). Але чіткого, достовірного і зручного алгоритму при інтерпретації прогностичних факторів летальності у хворих на перфоративну виразку шлунка і ДПК з визначенням на їх основі індивідуальної хірургічної тактики ще не запропоновано.

При перфоративній гастродуоденальній виразці імунна відповідь пригнічена (Лупальцов В.І. та співавт., 2001). Але ще не досліджені особливості імунного захисту у хворих на перфоративну виразку в залежності від характеру та поширеності перитоніту. Також не повністю з'ясовані зміни ультраструктурної будови клітин ДПК і шлунка при перфорації виразки та перитоніті.

Ще не визначені прогностичні фактори незадовільного віддаленого результату лікування в залежності від методу оперативного втручання, не

запропоновано вибір заходів щодо реабілітації хворих після різних методик операцій з урахуванням сукупності факторів віддаленого прогнозу.

Наведений перелік суперечливих та невирішених питань щодо хірургічного лікування хворих на перфоративну гастродуоденальну виразку свідчить про актуальність теми та доцільність подальших досліджень у цьому напрямку.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Дослідження проведені в рамках науково-практичного співробітництва між Інститутом загальної та невідкладної хірургії АМН України (м.Харків) і кафедрою госпітальної та факультетської хірургії Сумського державного університету відповідно до теми науково-дослідної роботи Інституту загальної та невідкладної хірургії АМН України (м.Харків) “Вдосконалити методи діагностики та лікування постгеморагічної гіпоксії та поліорганної недостатності у хворих з виразковою хворобою шлунка та дванадцятипалої кишки, ускладненою важкою кровотечею” (№ Державної реєстрації 0100U003485). Внесок дисертанта полягає у вивченні безпосередніх результатів лікування хворих на перфоративну гастродуоденальну виразку, ускладнену кровотечею та перитонітом, та оптимізації лікувально-реабілітаційної тактики при даній патології.

Мета і задачі дослідження. Мета роботи: поліпшення результатів хірургічного лікування хворих на перфоративну гастродуоденальну виразку, ускладнену перитонітом, шляхом оптимізації лікувально – реабілітаційної тактики.

Для досягнення мети визначені такі задачі:

1. З'ясувати особливості імунного статусу у хворих на перфоративну виразку в залежності від характеру перитоніту.
2. Вивчити зміни ультраструктурної будови клітин шлунка та ДПК, що виникають при перфорації виразки з перитонітом.
3. Визначити прогностичні фактори летальності з урахуванням характеру перитоніту на основі аналізу безпосередніх результатів застосування різних методів оперативних втручань при перфорації виразки.
4. Виявити частоту та прогностичні фактори незадовільних віддалених результатів лікування після різних методів операцій.
5. Обґрунтувати індивідуальну лікувально - реабілітаційну тактику у хворих на перфоративну гастродуоденальну виразку з урахуванням прогностичних факторів безпосередніх та віддалених результатів лікування.

Об'єкт дослідження. Перфоративна виразка шлунка та дванадцятипалої кишки.

Предмет дослідження. Лікувально-реабілітаційна тактика при перфоративній виразці шлунка та дванадцятипалої кишки.

Методи дослідження. Оглядова рентгенографія черевної порожнини, фіброгастродуоденоскопія, лапароцентез, лапароскопія, рентгенографія шлунка з барієвою сумішшю, внутрішньошлункова рН-метрія, лабораторні та імунологічні обстеження, електронна мікроскопія клітин шлунка та пілородуоденальної зони, статистична оцінка даних.

Наукова новизна одержаних результатів. Вперше надана зручна бальна оцінка прогностичним факторам, що впливають на летальність при перфоративній гастродуоденальній виразці з урахуванням характеру перитоніту, сформовані групи операційного ризику та обґрунтований об'єктивний вибір оптимального обсягу оперативного втручання. Вивчені та оцінені за допомогою бальної шкали прогностичні фактори незадовільного віддаленого результату лікування після різних операцій. В залежності від способу оперативного втручання, групи операційного ризику та групи прогнозу віддаленого результату лікування розроблено заходи щодо реабілітації хворих. Запропоновано спосіб дуоденопластики при перфоративних дуоденальних виразках та спосіб зашивання перфоративної виразки шлунка і ДПК.

Практичне значення одержаних результатів. Запропоновані оптимальні обсяги оперативного втручання у хворих на перфоративну гастродуоденальну виразку та перитоніт з урахуванням сукупності прогностичних факторів летальності. Розроблено методики профілактики післяопераційних ускладнень з урахуванням патогенетичних чинників їх виникнення. Отримано 4 посвідчення на раціоналізаторські пропозиції. Результати дослідження впроваджено в практику роботи Центральної міської клінічної лікарні м.Київа, Львівської комунальної міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги та Сумської міської клінічної лікарні №5, використано у навчальному процесі на кафедрі госпітальної та факультетської хірургії Сумського державного університету.

Особистий внесок здобувача. Автор особисто провів збір і аналіз клінічного матеріалу; у частини хворих (95) виконав оперативні втручання; провів внутрішньошлункову рН - метрію у хворих, оперованих у м.Сумах; проаналізував результати дослідження, узагальнив отримані результати; розробив класифікації післяопераційних ускладнень, порушень моторно-евакуаторної функції шлунка та післяопераційних рецидивів виразкової хвороби за клінічним перебігом у віддалені строки після втручання; підготував до друку статті, тези; розробив раціоналізаторські пропозиції; запропонував спосіб дуоденопластики при перфоративних дуоденальних виразках та спосіб зашивання перфоративної виразки шлунка і дванадцятипалої кишки.

Апробація. Основні положення роботи повідомлені і обговорені: на засіданнях Сумського обласного товариства хірургів (1995, 1999, 2000); на

науково - практичних конференціях СумДУ (1995,1996,1997); на республіканських науково - практичних конференціях “Гнійно-септичні ускладнення в невідкладній хірургії” (Харків, 1995), “Сучасні аспекти невідкладної медичної допомоги” (Львів, 1997), “Нові технології в хірургії” (Київ, 1997); на засіданні кафедри факультетської хірургії Харківського медичного університету.

Публікації. За темою дисертації опубліковано 13 наукових праць. П'ять із них у фахових виданнях України, 2 патенти України на винахід.

Структура дисертації. Матеріали дисертації викладені на 166 сторінках машинописного тексту. Дисертація складається із вступу, огляду літератури, шести розділів власних досліджень, розділу аналізу і узагальнення результатів досліджень, висновків, практичних рекомендацій. Список використаної літератури містить 243 джерела (101-країн СНД, 142-інших країн). Робота ілюстрована 32 таблицями та 17 рисунками (що складає 3 сторінки).

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Характеристика клінічних спостережень та методи дослідження.

В основу роботи покладено клінічне спостереження за 542 хворими на перфоративну виразку: 270 пацієнтів лікувалися в 1985-1988 рр. в Інституті загальної та невідкладної хірургії АМН України (м.Харків), 272 - в 1989-1994 рр. у Сумській міській клінічній лікарні №5. Жінок було 59, чоловіків - 483 (1:8) віком від 15 до 85 років (таблиця 1).

Таблиця 1

Розподіл хворих за статтю та віком

| Вік (роки) | Чоловіків | | Жінок | | Всього | |
|---------------|-----------|-------------------|-----------|-------------------|-----------|------|
| | кількість | % від усіх хворих | кількість | % від усіх хворих | кількість | % |
| 15-20 | 21 | 3,9 | 3 | 0,6 | 24 | 4,4 |
| 21-30 | 118 | 21,7 | 3 | 0,6 | 121 | 22,3 |
| 31-40 | 144 | 26,6 | 4 | 0,7 | 148 | 27,3 |
| 41-50 | 92 | 16,9 | 12 | 2,2 | 104 | 19,8 |
| 51-60 | 53 | 9,8 | 6 | 1,1 | 59 | 10,9 |
| 61-70 | 34 | 6,3 | 12 | 2,2 | 46 | 8,5 |
| Більше ніж 70 | 21 | 3,9 | 19 | 3,5 | 40 | 7,4 |
| Всього | 483 | 89,1 | 59 | 10,9 | 542 | 100 |

Двісті сім (38,2%) пацієнтів до перфорації хворіли на виразку, у 193 (35,6%) хворих перфорація була першим її проявом. У 521 пацієнта

перфоративна виразка локалізувалась в пілородуоденальній зоні, у 20 - в шлунку, у 1 - настала перфорація виразки гастроентероанастомозу. Супутні перфорації ускладнення виразкової хвороби діагностували у 92 (17,0%) пацієнтів. Найбільш частим - у 57 (10,9%) хворих - супутнім ускладненням перфорації виразки була пенетрація, яка у 22 (4,2%) чоловік поєднувалась із кровотечею або стенозом. Прикрити перфорацію виразки спостерігали у 3,5% пацієнтів.

Для діагностики перфорації виразки застосовували методики дослідження: оглядова рентгенографія черевної порожнини - у 425 хворих (пневроперитонеум виявлено у 219, або 51,2%); фіброгастроскопія з інсуфляцією повітря в кратер виразки - у 75 пацієнтів (перфорація виявлена у 73, або 97,3%); проба Хеннелта-у 59 (позитивна у 26, або 44,1%); лапароцентез (4) та лапароскопія (7).

Із 542 хворих не оперовано 4 (0,7%), яких доставлено в передагональному стані, прооперовано 538 (99,3%). Із 538 пацієнтів резекцію шлунка проведено у 19 (3,6%) хворих, зашивання перфоративного отвору - у 75 (13,9%), вирізання виразки - у 444 (82,5%) пацієнтів: без ваготомії - у 153 (34,5%), з ваготомією - у 291 (65,5%) (стовбуровою (СтВ) - у 37, або 12,7%, селективною (СВ) - у 97, або 33,3%, селективною проксимальною (СПВ) - у 157, або 54,0%).

Виразки пілородуоденальної зони в залежності від поширеності інфільтрату ми розподілили так: локальні - виразковий субстрат на одній стінці - у 403 (77,4%) хворих; секторальні - процес поширювався на 2 - 3 суміжні стінки - у 32 (6,1%); циркулярні - у 9 (1,7%); множинні - у 77 (14,8%).

Віддалені результати простежені у 308 чоловік. Проводили анкетування пацієнтів, вивчали архівні матеріали (журнали реєстрації фіброгастроендоскопій, внутрішньошлункових рН - метрій, історії повторно госпіталізованих хворих та амбулаторні картки за місцем проживання пацієнтів). Фіброгастроуденоскопію виконували ендоскопом фірми "Olympus" (виявляли виразку або з'ясовували стан шлунка та ДПК, діагностували ускладнення виразки, проводили біопсію). Рентгенологічне дослідження здійснювали з барієвою сумішшю насамперед для вивчення моторно-евакуаторної функції шлунка. Внутрішньошлункову рН - метрію проводили за методикою Лея Ю.Я., (1976) індикатором "Елтес-904" (виробництво ВО "Електровимірювач", м. Житомир) та двохелектродними зондами ПЕ-рН-2 (виробництво СКБ МЕТ м.Кам'янець-Подільський). Віддалені результати лікування хворих ми оцінювали методикою Visick (1948) з урахуванням даних інструментального обстеження шлунка.

При визначенні імунного стану хворі були розподілені на групи з хімічним - у 54 - та бактеріальним - у 55 (місцевий - у 32, дифузно-розлитий - у 23) - перитонітом. У цьому дослідженні контрольну групу склали 22

фізично здорові особи. Стан імунної системи вивчали за кількістю CD 3 та CD 4 лімфоцитів. Функціональний стан Т-лімфоцитів досліджували за допомогою реакції бласттрансформації (РБТ) лімфоцитів периферичної крові у відповідь на стимуляцію фітогемаглютиніном, рівень цитотоксичних антитіл - тестом лімфоцитотоксичності, вміст циркулюючих імунних комплексів (ЦК) -фотометрично. Показники простежили на 1-3-тю, 5-7-му та 9-11-ту добу після операції. Дослідження проводили в Інституті загальної та невідкладної хірургії АМН України (м.Харків) спільно з к.б.н. О.М.Клімовою.

Електронно-мікроскопічне дослідження проводили після контрастування препаратів (шматочки стінки шлунка та пілородуоденальної зони, взяті під час операції) ураніацетатом і цитратом свинцю під електронним мікроскопом ЕМВ – 100БР при прискорювальній напрузі 75 кВ і збільшенні в 20000-40000 крат. У цьому дослідженні контрольну групу склали хворі, оперовані з приводу рецидиву виразки після різних методик втручання. Дослідження проводили в Інституті загальної та невідкладної хірургії АМН України (м.Харків) спільно з к.мед.н. В.П.Невзоровим.

Перитонеальний ексудат для бактеріологічного дослідження брали стерильним тампоном із порожнини малого таза та із зони перфорації виразки.

Статистичну обробку результатів дослідження проводили за методами варіаційної статистики Стьюдента-Фішера, альтернативним варіюванням. Прогностичні фактори летальності та незадовільного віддаленого прогнозу визначали на персональному комп'ютері із застосуванням прикладних статистичних програм. Однофакторним дисперсійним аналізом із 50 анамнестичних і клінічно-лабораторних ознак обрали прогностично вагомі фактори. Корелятивним аналізом з'ясували вплив кожного з прогностичних чинників на кінцевий результат. Факторам призначали бали відповідно до значення коефіцієнта детермінації.

Результати досліджень. *Особливості імунореактивності у хворих на перфоративну гастродуоденальну виразку в залежності від характеру перитоніту.*

В таблиці 2 наведені основні показники імунного захисту у хворих на перфоративну гастродуоденальну виразку .

Таким чином, на 1 – 3-тю добу після операції РБТ лімфоцитів у хворих з хімічним перитонітом була достовірно нижче, ніж у пацієнтів з бактеріальним місцевим ($p<0,01$) та дифузно-розлитим перитонітом ($p<0,05$). На 9 – 11-ту добу після операції у пацієнтів з хімічним перитонітом РБТ лімфоцитів дещо зростала, а при бактеріальному перитоніті зменшувалась. Протягом 1 – 3 післяопераційних діб кількість CD3 лімфоцитів при хімічному перитоніті була меншою, ніж при бактеріальному перитоніті. З 5-ї

добу після втручання у хворих на хімічну фазу перитоніту спостерігали зростання кількості CD3 лімфоцитів. Найбільшу супресію CD3 лімфоцитів виявили у пацієнтів з бактеріальним перитонітом на 9 – 11- ту добу

Таблиця 2

Показники імунітету у хворих на перфоративну виразку

| Строк після операції | Форма перитоніту | | Показники імунітету | | | |
|---|------------------|-------------|---------------------|-------------------|---------------|--------------|
| | | | CD 3 лімфоцити, % | CD 4 лімфоцити, % | ЦІК, од | РБТ, % |
| 1 – 3-тя доба | Хімічний | | 17,68±2,26* | 13,36±1,51* | 72,32±±6,84* | 8,74±3,30* |
| | Бактеріальний | Місцевий | 21,72±2,59* | 11,33±1,19* | 93,24±14,98* | 39,28±8,36* |
| | | Диф.-р озл. | 23,14±3,69* | 11,75±1,65* | 78,47±10,68* | 42,89±15,20* |
| 5 – 7-ма доба | Хімічний | | 20,03±2,16* | 20,19±2,01* | 101,77±9,99* | 7,31±3,30* |
| | Бактеріальний | Місцевий | 24,11±2,03* | 18,74±1,32* | 53,03±5,28 | 23,68±6,10* |
| | | Диф.-р озл. | 22,87±2,32* | 21,11±1,32* | 59,10±8,91 | 24,62±9,02* |
| 9 – 11-та доба | Хімічний | | 19,52±2,32* | 18,63±2,65* | 84,04±9,50* | 15,75±6,14* |
| | Бактеріальний | Місцевий | 16,64±2,09* | 20,69±2,95* | 105,21±20,06* | 11,03±2,51* |
| | | Диф.-р озл. | 15,81±2,78* | 22,79±3,95 | 108,29±18,80* | 11,25±4,36* |
| Контроль | | | 41,80±3,71 | 28,10±1,12 | 55,70±0,87 | 61,9±3,23* |
| * Різниця статистично достовірна в порівнянні з контролем (P < 0,01). | | | | | | |

* Різниця статистично достовірна в порівнянні з контролем ($P < 0,01$).

післяопераційного періоду. Кількість CD4 лімфоцитів була найменшою протягом 1 – 3 - ї післяопераційних діб при бактеріальному перитоніті. Починаючи з 5-ї доби після втручання, кількість CD4 лімфоцитів дещо зростала. Рівень ЦІК на 9-11-ту добу після операції в порівнянні з 1-3-ю добою зростає, але статистично недостовірно. Отже, при хімічному подразненні очеревини пригнічувалась функція Т - лімфоцитів, але, починаючи з 5-ї доби післяопераційного періоду, спостерігалась тенденція до підвищення активності Т-клітинної ланки імунного захисту. Прогресуюче бактеріальне забруднення черевної порожнини викликало тимчасове підвищення кількості CD 3 та CD 4 лімфоцитів з одночасним зниженням їх потенційної проліферативної здатності. Вже на 9-11-ту добу після операції кількість CD3 лімфоцитів зменшувалась, а рівень ЦІК, навпаки, зростає.

Це свідчить про більше виражене пригнічення імунітету у хворих на перфоративну гастродуоденальну виразку з бактеріальним перитонітом, ніж при хімічному перитоніті.

Ультроструктурна будова клітин пілородуоденальної зони та шлунка. При перфорації виразки та перитоніті нами виявлені істотні зміни гладких міоцитів шлунка: лізис каріолеми, розширення перинуклеарного простору, збіднення на органели цитоплазми, ділянки деструкції мембрани мітохондрій, відсутність крист у більшості мітохондрій, зниження кількості рибосом, втрата міофібрилами форми та полярної спрямованості. Також істотно змінювались ендотеліоцити мікроциркуляторного русла пілородуоденальної зони: спостерігали лізис мембрани мітохондрій і крист,

потовщення та розпушення цитолеми, зменшення кількості мікропіноцитозних везикул. Описані зміни були більше виражені при бактеріальному перитоніті, ніж при хімічному.

Клінічні дослідження. Із 542 хворих у 302 (56,6%) констатували хімічну фазу перфоративного перитоніту: у черевній порожнині був серозний або слизовий ексудат, інколи з домішками жовчі, частинок неперетравленої їжі або гематину (при супутній кровотечі), подібний до вмісту, що надходив із перфоративного отвору виразки. Змін очеревини та тонкої кишки, характерних для перитоніту, не було. У 240 (43,4%) хворих виявлені макроскопічні ознаки бактеріального перитоніту (місцевого – у 105, або 19,2%, дифузного чи розлитого – у 135, або 24,2%).

Бактеріологічне дослідження перитонеального ексудату проведено у 99 хворих. У 34 пацієнтів морфологічних ознак перитоніту не виявлено (хімічна фаза перитоніту), у 65 був бактеріальний перитоніт (місцевий - у 34, дифузно-розлитий- у 31). Із 32 хворих, оперованих в перші 3 години після перфорації виразки, у 25 (78,1%) у черевній порожнині знаходився вміст шлунка без морфологічних ознак перитоніту, у 13 (40,6%) пацієнтів перитонеальна рідина не була інфікованою. Із 28 хворих, оперованих протягом 3 - 6 годин, у 19 (77,9%) виявлені ознаки перитоніту та інфікований перитонеальний ексудат. Після 6 годин з моменту перфорації виразки перитонеальний ексудат був інфікований у всіх хворих. До 12 годин переважали ознаки місцевого, а пізніше – дифузного чи розлитого перитоніту.

Аналіз анамнестичних, клінічних, лабораторних та морфологічних даних у хворих на перфоративну гастродуоденальну виразку дозволив визначити прогностичні фактори летальності та надати їм бальну оцінку. Встановлено, що прогноз залежить від таких факторів: два та більше супутніх захворювання (3 бали), гнійний ексудат у черевній порожнині (2 бали), здуття живота (2 бали), локалізація перфорації в шлунку (1 бал), час від перфорації до операції 24 години та більше (1 бал), супутня перфорація кровотеча (1 бал), розмір проривного отвору 20 мм та більше (1 бал), частота пульсу 120 ударів на хвилину та більше (1 бал), ціаноз шкіри (1 бал), жіноча стать (1бал). Летальність зростала прямо пропорційно сумі балів прогностичних факторів летальності. При сумі балів 0-1 із 437 хворих померло 5 (1,1%), а при операційному ризику 2-3 бали із 44 померло 7 (15,9%) пацієнтів ($p<0,01$). При сумі балів від 4 до 5 із 43 чоловік померли 16 (37,2%, в порівнянні з попередньою групою $p<0,05$), а при сумі балів 6 та більше із 18 померли 13 (72,2%) хворих. Відповідно ми виділили групи незначного (0-1 бал), помірного (2-3 бали), високого (4-5 балів), надзвичайно високого (6 та більше балів) операційного ризику. Летальність після різних методик втручань в групах операційного ризику наведена на рис.1. Слід

зауважити, що вирізання виразки з СПВ виконали у 152 хворих з незначним ризиком і лише у 5 з помірним (4) чи високим (1) без летальності.

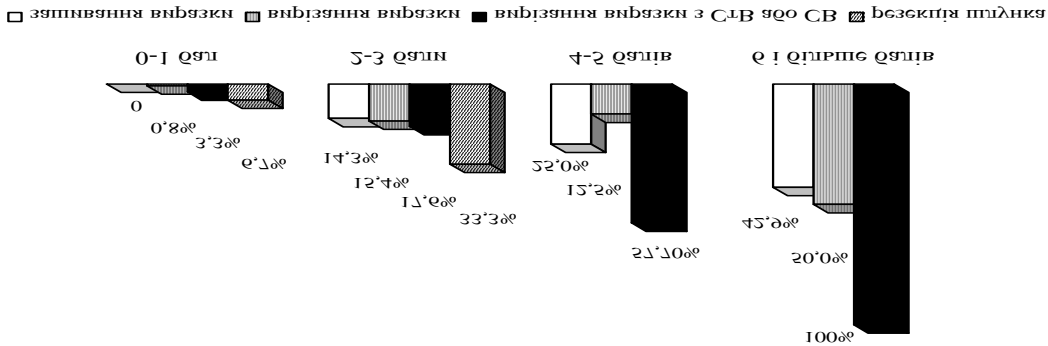


Рис. 1. Летальність після різних методик операцій

Із 538 прооперованих хворих післяопераційні ускладнення виникли у 94 (17,5%). Їх кількість і важкість зростали пропорційно в залежності від ступеня ризику. Із 437 пацієнтів групи незначного ризику післяопераційні ускладнення виникли у 63 (14,4%) і були зумовлені специфікою методик оперативних втручань (стеноз вихідного відділу шлунка або кровотеча із зашивної чи другої виразки, післяваготомна атонія шлунка, анастомозит), перитонітом та технічними помилками втручання (недостатній гемостаз, неадекватна пілоропластика). Померли 5 (1,1%) хворих (рання спайкова кишкова непрохідність-2, перфорація гострої виразки шлунка-1, гнійний перикардит-1, серцево-судинна недостатність – 1).

У групі помірного ризику післяопераційні ускладнення виявлені із 44 у 11 (25,0%) пацієнтів. Частота ускладнень після вирізання виразки з СПВ зросла від 11,8% до 25,0%, а після резекції шлунка - від 28,6% до 66,7%. У 4 (9,1%) хворих діагностовано з важким перебігом пневмонію (1 пацієнт помер). Чотири (9,1%) пацієнти померли від тромбоемболічних ускладнень (тромбоемболія легеневої артерії - 2, тромбоз мезентеріальних судин – 2). Ще 2 хворих померли від кровотечі з виразки, яка не була розпізнана. Важливо, що летальність після зашивання перфоративної виразки (14,3%), вирізання виразки без ваготомії (15,4%) та вирізання виразкового субстрату з СтВ або СВ (17,6%) практично не відрізнялась. Тому у хворих з помірним операційним ризиком для попередження важких ускладнень ми вважали можливим і необхідним видаляти виразковий субстрат з більш простою СтВ або СВ.

При високому операційному ризикі післяопераційні ускладнення виникли із 43 у 15 (34,9%) пацієнтів. Частота ускладнень після зашивання перфоративної виразки (41,7%) та вирізання перфоративної виразки з СтВ

або СВ (42,9%) зростала в порівнянні з попередньою групою. Летальність в порівнянні з групою помірного ризику суттєво зростала ($p < 0,05$) після вирізання виразки з СтВ або СВ. Важливо, що при високому ризику летальність після вирізання виразки з СтВ або СВ значно ($p < 0,05$) перевищувала летальність після вирізання виразки без ваготомії. Тому ми дійшли висновку: хворі з високим операційним ризиком важко переносять органозберігаючі втручання з ваготомією і у таких пацієнтів після вирізання виразкового субстрату СтВ або СВ недоцільні.

При надзвичайно високому операційному ризику 4 хворих, які були прийняті у термінальному стані, померли непрооперованими. Після вирізання виразки з СтВ або СВ померло 5 хворих (від поліорганної недостатності - 3, від пневмонії - 2). Після зашивання перфоративної виразки померли 2 хворих, після вирізання виразки без ваготомії - 2 (від перитонеальної інтоксикації - 3, від тромбозу мезентеріальних судин - 1).

Віддалені результати лікування вивчені у 308 хворих. Вони нами оцінені як добрі та відмінні (Visick I-II) із 308 чоловік у 130 (42,4%). В цю групу потрапили всі хворі після резекції шлунка та переважна більшість пацієнтів після вирізання виразкового субстрату з ваготомією. Групу із задовільними віддаленими результатами лікування (Visick III) склали 35 (11,4%) хворих із 308. Після вирізання перфоративної виразки без ваготомії у всіх 4 пацієнтів ендоскопічно виявили ерозії

ДПК. Причиною задовільних наслідків органозберігаючих втручань із застосуванням ваготомії були рефлюксний антральний гастрит (23), ерозії пілородуоденальної зони (6), демпінг - синдром середньої важкості (1), гіперацидний гастрит (1). Незадовільні віддалені результати лікування (Visick IV) були із 308 у 143 (46,4%) пацієнтів через рецидив виразки або повернення клінічної симптоматики виразкової хвороби. Значно частіше їх спостерігали після зашивання перфоративного отвору (у 80,5% хворих) та після вирізання перфоративної виразки без ваготомії (у 76,7% пацієнтів) ніж після вирізання виразки з СтВ, СВ або СПВ (у 6,2% чоловік).

Нами з'ясовано, що після зашивання або вирізання виразки без ваготомії прогностично значущі такі фактори: підвищена кислотність, наявність виразкового інфільтрату, виразкова хвороба до перфорації (оцінені 2 балами кожний), часте (2 рази на рік та більше) рецидування виразки, негативний атропіновий тест, шлункова диспепсія до перфорації, чоловіча стать, вік 21 рік та більше (оцінені по 1 балу). Відповідно до цього ми виділили групи хворих із добрим (0-3 бали), задовільним (4-6 балів) та незадовільним (7 та більше балів) віддаленим прогнозом. При доброму (0 - 3 бали) прогнозі у віддалений термін незадовільні результати спостерігали із 31 хворого у 5 (16,1%), при задовільному (4 - 6 балів) - із 77 у 64 (83,1%). Завдяки регулярному противиразковому лікуванню у більшості

пацієнтів перебіг рецидивної виразки був легкий. При незадовільному (7 та більше балів) прогнозі виразка рецидувала у всіх хворих, переважно через 3 - 6 місяців після операції. Із 66 у 5 (7,6%) чоловік спостерігали легкий перебіг рецидиву, а у 34 (51,5%) пацієнтів, незважаючи на адекватне противиразкове лікування, важкий.

Після вирізання виразки з ваготомією прогностично вагомими були такі чинники: розміри виразкового інфільтрату 30 мм та більше (3 бали); підвищена кислотність після втручання (2 бали), виникнення ерозій пілородуоденальної зони (2 бали), неефективність противиразкової терапії до перфорації (1 бал); а також групи пацієнтів із добрим (0 балів), задовільним (1-2 бали) та незадовільним (3 бали та більше) віддаленим прогнозом. При доброму прогнозі (0 балів) у всіх 95 хворих були відмінні та добрі віддалені результати. При задовільному віддаленому прогнозі (1-2 бали) рецидив із легким перебігом виник із 27 у 3 (11,1%) хворих. При 3 балах і більше (незадовільний прогноз) рецидив виразки виявили із 6 у 5 (83,3%) чоловік. У 2 пацієнтів, за відсутності противиразкового лікування, виникла кровотеча із рецидивної виразки.

Лікувально-реабілітаційна тактика при перфорації виразок шлунка та ДПК. Лікування та реабілітацію хворих ми проводили поетапно: 1-й етап – операційний (проведення оптимального оперативного втручання); 2-й етап - післяопераційний (реабілітація після операції); 3-й етап - віддалений (реабілітація у віддалені строки, зважаючи на обсяг операції та прогностичні фактори віддаленого прогнозу). Вибір способу операції визначали насамперед ступенем операційного ризику: при незначному ризику операції (0-1 бали) виконували вирізання виразки з ваготомією, переважно СПВ, антрумектомію з ваготомією, резекцію шлунка; при помірному (2-3 бали) виразку вирізали і застосовували більш прості варіанти ваготомії (СтВ або СВ); при високому (4-5 балів) - обмежувались вирізанням виразкового субстрату; при надзвичайно високому (6 та більше балів) - проривний отвір зашивали.

Для запобігання нагноєнню рани черевної стінки її краї одразу (до розтину очеревини) прикривали марлевими серветками, змоченими 2% розчином хлораміну, а шкіру - пелюшкою з розміщеною між її шарами поліетиленовою плівкою (посвідчення на раціоналізаторську пропозицію № 4002).

Для зашивання перфоративного отвору ми розробили і запровадили такий варіант восьмиподібного шва (патент України № 43538А). Виразку зашивали уколюванням у проксимальний край з виколюванням у перфоративний отвір та далі поза дистальний край виразки. Наступне виколювання виконували із захопленням краю виразки у проксимальному напрямку. Далі проводили лігатуру по діагоналі з виколюванням у

дистальний край, виконували додаткове вколювання у проксимальному напрямку з виколом у перфоративний отвір і прошиванням стінки шлунка або ДПК поза дистальним краєм виразки напроти першого вколювання (рис. 2). Лігатуру зав'язували і додатково підшивали навколо виразки сальник на ніжці.

Для попередження гастродуоденального рефлюксу виразки ДПК вирізали із збереженням воротаря чи застосовували оригінальну оперативну методику (патент України № 42349А). Виразку вирізали, щоб не пошкодити пілоричний сфінктер. Після цього безпосередньо проксимальніше воротаря в поперечному напрямку розсікали серозно-м'язовий шар стінки шлунка відповідно до розмірів дефекту ДПК. Дефект зашивали, проводячи лігатури крізь серозно-м'язовий шар проксимального краю розрізу стінки шлунка, потім над воротарем і далі крізь слизово-підслизовий шар дистальніше воротаря з вколюванням крізь всі шари стінки ДПК в напрямку від слизової оболонки до серозної. Потім накладали другий ряд серозно-м'язових швів (рис3).

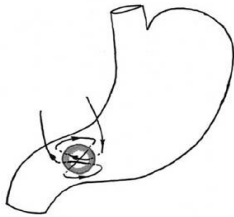


Рис.2 Спосіб зашивання

Спосіб
перфоративного
дуоденопластики

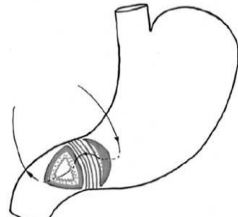


Рис.3

отвору

При неможливості зберегти воротар формували штучний клапан пілородуоденальної зони (посвідчення на раціоналізаторську пропозицію № 3086). Накладали другий ряд швів таким чином, щоб кожним серозно-м'язовим швом кілька разів (3-5) підхоплювати стінку шлунка і 1-2 рази - стінку ДПК.

Для профілактики післяваготомної атонії шлунка використовували новокаїнову блокаду черевного сплетення з регіонарною лімфатичною терапією (посвідчення на раціоналізаторську пропозицію № 4003). У кінці операції вводили мікроіригатор у шлунково - підшлункову зв'язку вздовж лівих шлункових судин до основи черевного стовбура. У нього вводили

щоденно гепарин в дозі 70 ОД/ кг маси тіла і одразу ж 100 - 150 мл 0,25% розчину новокаїну протягом 4 - 5 діб після втручання.

У ранньому післяопераційному періоді, з першої ж доби, всім хворим призначали імуностимулятори, імуномодулятори та препарати, які покращують мікроциркуляцію. Пацієнтам із помірним, високим та надзвичайно високим операційним ризиком, а також після релапаротомії проводили антикоагулянтну профілактику тромбоемболічних ускладнень.

Всім пацієнтам із заштою або вирізаною перфоративною виразкою без ваготомії призначали комплексне противиразкове лікування. Хворим із добрим або задовільним прогнозом за відсутності скарг фіброгастроуденоскопію проводили кожні 6 місяців, а з незадовільним – кожні 3 місяці для раннього виявлення рецидиву виразки. При важкому перебігу рецидиву виразки за умов адекватної противиразкової терапії ми ставили показання до повторної операції. Оперовано 14 хворих: 11 - з приводу ускладнень рецидивної виразки через 6 - 12 місяців, 3 - внаслідок неефективності противиразкового лікування через 2 - 3 роки.

Після вирізання виразки з ваготомією визначити належність більшості хворих до групи віддаленого прогнозу на основі клініко-анамнестичних та інтраопераційних ознак було неможливо. Тому пацієнтів з очікуваним добрим прогнозом за відсутності скарг обстежували через 9-12 місяців, після чого остаточно визначали належність до групи віддаленого прогнозу і додаткового лікування не проводили. Пацієнтів з очікуваним задовільним віддаленим прогнозом ми обстежували ендоскопічно кожні 6 місяців, при виявленні рецидиву призначали противиразкове лікування. Хворим із незадовільним прогнозом призначали противиразкову терапію, контрольну ендоскопію пропонували кожні 3 місяці. При виникненні рецидиву виразки у хворих із незадовільним прогнозом, а також у разі важкого його перебігу у пацієнтів із задовільним прогнозом за умов адекватної противиразкової терапії ставили показання до повторної операції.

Запропоновану лікувально-реабілітаційну тактику ми запровадили у 385 хворих на перфоративну гастродуоденальну виразку у 1999 – 2002рр. (II період) в Сумській міській клінічній лікарні №5. З'ясувалося, що за цей період роботи зменшилася кількість зашивань перфоративного отвору на 10,3% (з 13,9% в I періоді до 3,6% в II періоді), вирізання виразки без ваготомії – на 4,8% (з 28,4% в I періоді до 23,6% в II періоді), резекції шлунка – на 2,0% (з 3,6% в I періоді до 1,6% в II періоді). В той самий час кількість операцій вирізання виразки з ваготомією збільшилася на 17,1% (з 54,1% в I періоді до 71,2% в II періоді). Кількість післяопераційних ускладнень зменшилася на 5,3% (з 17,5% до 12,2%), а післяопераційна летальність – на 4,6% з 6,9% до 2,3%. Наведені дані підтверджують високу ефективність заходів, які було розроблено та впроваджено.

ВИСНОВКИ

У дисертації наведене теоретичне узагальнення клініко-анамнестичних даних, лабораторних та імунологічних досліджень, досліджень моторно-евакуаторної і секреторної функцій шлунка, а також ультраструктурної будови клітин шлунка та пілородуоденальної зони, що стало основою для вирішення наукового завдання, яке полягало в розробленні індивідуальної лікувально-реабілітаційної тактики при перфоративній гастродуоденальній виразці, ускладненій перитонітом.

1. При перфоративному перитоніті значно пригнічується Т-клітинний імунітет. Тенденція до його відновлення (з 5-7-ї доби) спостерігається лише в хімічній фазі, а при бактеріальному перитоніті показники імунітету продовжують погіршуватися до виписки хворого (до 12-14-ї доби).

2. Електронно-мікроскопічними дослідженнями при перитоніті внаслідок перфорації виразки виявляються значні деструктивні зміни клітин шлунка та пілородуоденальної зони, особливо міоцитів і мікроциркуляторного русла, які при бактеріальному перитоніті більш виражені, ніж в хімічній фазі.

3. Найбільш вагомими прогностичними факторами летальності є два та більше супутніх захворювання, гнійний ексудат у черевній порожнині, час від перфорації до операції 24 години та більше, супутня перфорації кровотеча, здуття живота. Вибір способу операції визначали насамперед ступенем операційного ризику, який є сумою балів наявних прогностичних факторів летальності.

4. Завдяки запропонованим заходам вдалося зменшити кількість зашивань перфоративного отвору, збільшити питому вагу радикальних органозберігаючих втручань з ваготоміями. В той же час післяопераційна летальність знизилася на 4,6% (з 6,9% до 2,3%), післяопераційні ускладнення на 5,3% (з 17,5% до 12,2%).

5. Незадовільні віддалені результати лікування зумовлені рецидивом виразки або поверненням клінічної симптоматики виразкової хвороби. Після зашивання перфоративного отвору вони констатовані у 80,5% хворих, після вирізання виразки без ваготомії - у 76,7%, після вирізання виразки з СтВ або СВ - у 6,4%, після вирізання виразки з СПВ - у 4,2%.

6. Найбільш вагомими прогностичними факторами незадовільного віддаленого результату після зашивання або вирізання виразки без ваготомії і після вирізання виразки з ваготомією є збереження підвищеної кислотності та наявність виразкового інфільтрату великих (більше ніж 30 мм) розмірів.

7. Головними етапами реабілітації є вибір оптимального способу операції, реабілітаційні заходи в ранньому післяопераційному періоді та реабілітація у

віддалений термін з урахуванням прогностичних факторів незадовільного віддаленого результату.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. При нетиповій клінічній картині та відсутності рентгенологічних ознак перфорації показана невідкладна фіброгастроуденоскопія з інсуфляцією повітря в крater виразки та подальшим рентгенологічним контролем, лапароцентез “пошуковим катетером”, лапароскопія.

2. Виразки пілородуоденальної зони в залежності від поширеності інфільтрату доцільно розподіляти на локальні (виразка розміщена на одній стінці органу), секторальні (процес поширюється на 2 - 3 суміжні стінки), циркулярні, множинні. Оскільки при секторальних, циркулярних та множинних виразках часті супутні перфорації ускладнення виразкової хвороби (кровотеча, пенетрація, стеноз), виразковий субстрат слід видаляти повністю.

3. Для вибору способу операції слід враховувати прогностичні фактори летальності: при незначному операційному ризику (0-1 бал) доцільні вирізання виразки з СПВ, антрумектомія з ваготомією, резекція шлунка; при помірному ризику (2-3 бали) виразку треба вирізати з СтВ або СВ; при високому ризику (4-5 балів) необхідно обмежуватися вирізанням виразкового субстрату, а при надзвичайно високому ризику (6 та більше балів) - зашиванням перфоративного отвору.

4. Якщо зберегти цілісність воротаря неможливо, для запобігання дуоденогастрального рефлюксу бажано формувати штучний клапан пілородуоденальної зони.

5. Всім хворим на перфоративну гастродуоденальну виразку вже з першої доби після операції слід призначати імуностимулятори, препарати для поліпшення мікроциркуляції. А при помірному, високому та надзвичайно високому операційному ризику проводити антикоагулянтну профілактику.

6. В залежності від сукупності факторів віддаленого прогнозу хворих доцільно об'єднати в групи: а) після зашивання або висічення виразки без ваготомії - з добрим (0-3 бали), задовільним (4-6 балів) та незадовільним (7 та більше балів) прогнозом; б) після висічення виразки з ваготомією - з добрим (0 балів), задовільним (1-2 бали) та незадовільним (3 бали та більше) прогнозом.

7. Всім хворим після зашивання або вирізання виразки без ваготомії та пацієнтам із незадовільним віддаленим прогнозом після вирізання виразки з ваготомією якомога раніше треба починати противиразкову терапію. При рецидиві виразкової хвороби, особливо у групах із незадовільним віддаленим прогнозом, повторні оперативні втручання слід виконувати до ускладнень.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Зайцев В.Т., Кононенко Н.Г., Сытник А.Л. Послеоперационные осложнения у больных с перфоративной гастродуоденальной язвой // Клінічна хірургія. – 1998. – №1. – С.7-8.
2. Сытник А.Л., Кононенко Н.Г., Неустроев В.Н., Никонов А.А. Релапаротомия // Клінічна хірургія. – 1998. – №4. – С.18-20.
3. Сытник А.Л., Кононенко Н.Г. Сравнительная оценка осложнений после различных методик операций при перфорации гастродуоденальных язв // Вісник СумДУ. – 1999. – №1 (12). – С.108-111.
4. Ситнік О.Л. Рецидивы язвенной болезни после втручань з приводу перфоративної гастродуоденальної виразки // Вісник СумДУ. – 1999. – №3 (14). – С.117-122.
5. Ситнік О.Л., Кононенко М.Г., Кашенко М.Г., Бугайов В.І., Пак В.Я., Даниленко І.А. Стан імунної системи хворих на перфоративну гастродуоденальну виразку, ускладнену перитонітом // Вісник СумДУ. – 2002. – №8 (41). – С.130-134.
6. Пат. 42349А, А61В17/00. Спосіб дуоденопластики при перфоративних виразках дванадцятипалої кишки / О.Л.Ситнік, М.Г.Кононенко (СумДУ). - № 2001010492; Заявл. 23.01.2001; Опубл. 2001р., Бюл.№9.
7. Пат. 43538А, А61В17/00. Спосіб зашивання перфоративної виразки шлунка і дванадцятипалої кишки / О.Л. Ситнік, М.Г.Кононенко (СумДУ). - № 2001010493; Заявл. 23.01.2001; Опубл. 2001р., Бюл.№11.
8. Сытник А.Л., Кононенко Н.Г., Кашенко Л.Г., Бугаев В.И., Неустроев В.Н., Никонов А.А. Гнойно-септические осложнения при прободных гастродуоденальных язвах // Гнойно-септические осложнения в неотложной хирургии. – Харьков, 1995. – С.169-171.
9. Сытник А.Л., Кононенко Н.Г. Перфорация гастродуоденальных язв в сочетании с другими осложнениями язвенной болезни // Актуальные вопросы хирургии пищеварительного тракта. – Харьков, 1998. – С.140-141.
10. Сытник А.Л., Кононенко Н.Г. Перфоративная гастродуоденальная язва: возможности реабилитации больных // Актуальные вопросы хирургии пищеварительного тракта. – Харьков, 1998. – С.142-143.
11. Сытник А.Л., Кононенко Н.Г., Рогожная Л.Д., Бабак В.П., Нечипоренко.И.Н. Эффективность эндоскопических методов диагностики при прободной гастродуоденальной язве // Новые технологии в хирургии. – Киев, 1997. – С.34-35.
12. Сытник А.Л. Нарушения моторно-эвакуаторной функции пищеварительного тракта при прободной язве // Современные проблемы

клинической и экспериментальной медицины. Итоговая конференция СумГУ. – Сумы, 1996. – С.114-116.

13. Сытник А.Л. Факторы риска при перфоративных гастродуоденальных язвах // Современные проблемы клинической и экспериментальной медицины. Итоговая конференция СумГУ. – Сумы, 1996. – С.116-117.

АНОТАЦІЯ

Ситнік О.Л. Вибір індивідуального методу хірургічного лікування хворих на перфоративну гастродуоденальну виразку, ускладнену перитонітом. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.03 – Хірургія. –Харківський державний медичний університет МОЗ України, Харків, 2003р.

Встановлено, що у пацієнтів з хімічною фазою перитоніту пригнічення клітинного імунітету має тимчасовий характер: вже з 5-ї доби після операції спостерігається тенденція до відновлення кількості Т-лімфоцитів та їх проліферативної активності. Розвиток бактеріального перитоніту призводить до тривалого зменшення кількості CD3 та CD4 лімфоцитів, їх проліферативної здатності та зростання рівня ЦІК. У пацієнтів з перфорацією виразки та перитонітом спостерігаються виражені деструктивні зміни клітин шлунка і пілородуоденальної зони, особливо міоцитів шлунка та ультраструктури мікроциркуляторного русла. Визначені прогностичні фактори летальності, а також фактори віддаленого прогнозу після різних методик операцій. Розроблено індивідуальну лікувально-реабілітаційну тактику при перфорації виразки. Запропоновано оригінальні методики дуоденопластики та зашивання проривного отвору виразки, заходи щодо профілактики окремих післяопераційних ускладнень.

Ключові слова: перфоративна виразка дванадцятипалої кишки та шлунка, перитоніт, імунологічний стан, лікувальна тактика, результати хірургічного лікування.

АННОТАЦИЯ

Сытник А.Л. Выбор индивидуального метода хирургического лечения больных с перфоративной гастродуоденальной язвой, осложненной перитонитом. – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.03. – Хирургия. – Харьковский государственный медицинский университет МЗО Украины, Харьков, 2003 г.

Диссертация посвящена индивидуализации лечебно-реабилитационной тактики у больных с перфоративной гастродуоденальной язвой в зависимости от характера и распространенности перитонита. Изучены особенности иммунного статуса, изменения ультраструктуры клеток желудка и пилорoduоденальной зоны у пациентов с перфоративной язвой и перитонитом. Клиническая часть включала анализ непосредственных результатов лечения 542 больных с перфоративной язвой. У 308 из них прослежены отдаленные результаты применения различных методик операций (ушивание перфоративного отверстия, иссечение язвы с ваготомией или без, резекция желудка) в сроки от 1 года до 8 лет.

Доказано, что у пациентов с химической фазой перитонита угнетение клеточного иммунитета имело временный характер: уже с 5-х суток после операции наблюдали восстановление количества Т-лимфоцитов и их пролиферативной активности. Развитие бактериального перитонита вызывало длительное уменьшение количества CD3 и CD4 лимфоцитов, снижение их пролиферативной активности и увеличение уровня циркулирующих иммунных комплексов. Кроме того, при перитоните наблюдали деструктивные изменения миоцитов желудка и ультраструктуры микроциркуляторного русла пилорoduоденальной зоны.

При перфорации язвы прогноз летального исхода определялся следующими факторами: два и больше сопутствующих заболевания (3 балла), гнойный экссудат в брюшной полости (2 балла), вздутие живота (2 балла), локализация перфорации в желудке (1 балл), время от перфорации до операции 24 часа и больше (1 балл), сопутствующее перфорации кровотечение (1 балл), размер перфоративного отверстия 20 мм и больше (1 балл), частота пульса 120 ударов в минуту и больше (1 балл), цианоз кожи (1 балл), женский пол (1 балл). Летальность росла прямо пропорционально сумме баллов прогностических факторов. Соответственно выделены группы незначительного (0 - 1 балл), умеренного (2 - 3 балла), высокого (4 - 5 баллов), чрезвычайно высокого (6 и больше баллов) операционного риска.

После зашивания или иссечения язвы без ваготомии значимыми для отдаленного прогноза лечения были такие факторы: повышенная кислотность, наличие язвенного инфильтрата, язва до перфорации (оценены по 2 балла каждый), частое рецидивирование язвы, отрицательный атропиновый тест, мужской пол, возраст 21 год и больше (оценены по 1 баллу). Выделили группы больных с хорошим (0-3 балла), удовлетворительным (4-6 баллов) и

неудовлетворительным (7 и больше баллов) отдаленным прогнозом. После иссечения язвы с ваготомией определены прогностические факторы: размеры язвенного инфильтрата 30 мм и больше (3 балла); повышенная кислотность (2 балла), возникновение эрозий пилородуоденальной зоны (2 балла), неэффективность противоязвенной терапии до перфорации (1 балл); а также группы пациентов с хорошим (0 баллов), удовлетворительным (1-2 балла) и неудовлетворительным (3 балла и больше) отдаленным прогнозом.

Подход к лечению и реабилитации больных состоял со следующих этапов: выбор оптимального объема оперативного вмешательства, реабилитация в послеоперационном периоде, реабилитация в отдаленные сроки с учетом прогностических факторов отдаленных результатов лечения. Выбирая способ операции, учитывали патогенетические причины язвообразования, сопутствующие перфорации осложнения язвенной болезни, наличие прогностических факторов летальности и отдаленных результатов. Предложены оригинальные методики дуоденопластики и зашивания перфорационного отверстия язвы, меры профилактики некоторых послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: перфоративная язва двенадцатиперстной кишки и желудка, перитонит, иммунологический статус, лечебная тактика, результаты хирургического лечения.

SUMMARY

Sytnick A.L. The choice of individual method of surgical treatment in patients with perforated gastroduodenal ulcer and peritonitis. - Manuskript.

This is the scientific degree of Candidate of Medical Sciences by speciality 14.01.03. - Surgery. – Kharkov State Medical University. – Kharkov, 2003.

It is known that patients with chemical phase of peritonitis have temporary degress of cells immunity: after 5-th day after the operation you can see the tendency to regain the quantity of T – lymphocitis. Development of the bakterial peritonitis lead to long lasting reduce of the quantity of CD3 and CD4T – lymphocitis, their prolipherative activity. Patients with perforated gastroduodenal ulcer and peritonitis have strong destructive changfs of the cells of stomak and pyloroduodenal zone, especially myocitis of stomak and blood circulation bed. In this work it is determine the forecast factors of mortality and ulcer recurrence after the different methods of operations. It is worked out the individual diagnostic – treatment – rehabilitation way treatment in patients with perforated gastroduodenal ulcer and peritonitis. It is suggest original methods of ulcre closure, duodenoplasticy and methods of the prevention on some afteroperating complications.

The key words: perforated gastroduodenal ulcer, peritonitis, immune status, tactics of treatment, results of surgical treatment.